



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD
REVISION ADMINISTRATIVA PARA EL CUIDADO DE CRIANZA
(FOSTER CARE ADMINISTRATIVE REVIEW)**

NOMBRE DEL NIÑO _____ NUMERO DEL CASO _____

FECHA DE COLOCACION DEL NIÑO EN EL CUIDADO DE CRIANZA _____ FECHA DE LA REVISION ADMINISTRATIVA ___ / ___ / ___

LUGAR DE REVISION (CIUDAD) _____

1. LOS PADRES (GUARDIANES) DEL NIÑO FUERON NOTIFICADOS POR ESCRITO POR: _____

DE SU OPORTUNIDAD DE PARTICIPACION ES ESTA REUNION DE LA JUNTA DE REVISION.

A. NECESIDADES DE CUIDADO:

- EL NIÑO NO REQUIERE MAS CUIDADO FUERA DE SU HOGAR
- EL NIÑO DEBE REGRESAR A SUS PADRES (PARIENTES)(GUARDIANES) EN _____ FECHA.
- EL NIÑO CONTINUA CON LA NECESIDAD DE CUIDADO FUERA DEL HOGAR POR QUE: _____

B. CONVENIENCIA DE LA COLOCACION (LA COLOCACION ES LA MENOS RESTRICTIVA Y EN EL LUGAR MAS CERCANO AL HOGAR DE LOS PADRES, CONSISTENTE CON EL MEJOR INTERES DEL NIÑO.):

- EL NIÑO ESTA EN LA COLOCACION MAS APROPIADA
- OTRAS OPCIONES A LA COLOCAION DEBEN SER CONSIDERADAS, INCLUYENDO _____

C. ESTADO LEGAL:

- LA COLOCACION DEBE CONTINUAR BASADA EN CONSENTIMIENTO. PROXIMA REVISION ADMINISTRATIVA: ___ / ___ / ___
- SE CONTINUARA LA COLOCACION ORDENADA POR LA CORTE PROXIMA REVISION DE CORTE: ___ / ___ / ___

- LA COLOCACION SE CAMBIARA A ORDENADA POR LA CORTE DEPENDENCIA/COLOCACION RESIDENCIAL ALTERNATIVA SERA ESTABLECIDA EN: ___ / ___ / ___

COMENTARIOS: _____

D. CONFORMIDAD DE UN PLAN INDIVIDUAL POR DSHS

- LOS SERVICIOS SE HAN OFRECIDO O SUMINISTRADOS A LA FAMILIA PARA FACILITAR EL REGRESO DEL NIÑO A SU HOGAR, INCLUYENDO LO SIGUIENTE:
 - consejo individual/familiar
 - cuidado médico
 - cuidado de descanso
- estudios
- Servicio de Reconciliación Familiar
- otro _____

COMENTARIOS: _____

E. LOS SIGUIENTES SERVICIOS HAN SIDO PROVEIDOS PARA ASISTIR AL NIÑO EN SU AJUSTAMIENTO DE CRIANZA INCLUYENDO:

- consejo individual
- tratamiento médico
- cuidado diario
- evaluaciones
- Servicios de Reconciliación Familiar
- otro servicio: _____

COMENTARIO: _____

F. CONFORMIDAD CON UN PLAN DE SERVICIO INDIVIDUAL (ISP) DE FAMILIA/NIÑO:

VISITACION HA OCURRIDO APROXIMADAMENTE _____ VECES POR _____

UNA FALTA DE VISITAS HA SIDO EL RESULTADO DE _____

OTRAS ACCIONES DE CONFORMIDAD CON EL ISP DE FAMILIA/NIÑO SON LAS SIGUIENTES: _____

G. ASESORAMIENTO DE PROGRESO PARA EL RETORNO AL HOGAR O OTRO PLAN PARA PERMANENCIA: _____

H. SE ESPERA QUE EL NIÑO REGRESE A SU HOGAR O SEA COLOCADO EN UNA COLOCACION ALTERNATIVA PERMANENTE ANTES DEL DIA O EN EL DIA ____ / ____ / ____

I. ESTA JUNTA, LA CUAL HA REVISADO EL ISP MAS RECIENTE Y OTROS DOCUMENTOS Y LA CUAL HA SIDO ACONSEJADA POR LAS PERSONAS EN ATENDENCIA, PRESENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

2. LAS SIGUIENTES PERSONAS ATENDIERON ESTA REVISION: NIÑO (Sobre 12 años) MADRE DEL NIÑO PADRE DEL NIÑO

TRABAJADOR SOCIAL DE DCSF

PADRE DE CRIANZA; TRABAJADOR DEL CASO DE UNA AGENCIA PRIVADA _____,

REPRESENTANDO HA _____

OTRO _____

3. MIEMBROS DE LA JUNTA DE REVISION EN ATENDENCIA FUERON: _____ PRESIDENCIA,

Y: _____

COMO SILLA DE PRESIDENCIA YO CERTIFICO QUE:

ESTA REVISION FUE LLEVADA A CABO PARA EL NIÑO (Sobre 12 años), LOS PADRES DEL NIÑO, Y QUE ELLOS FUERON DEBIDAMENTE NOTIFICADOS DE LA OPORTUNIDAD DE ATENDER LA REUNION DE LA JUNTA DE REVISION, Y QUE LOS SIGUIENTES MIEMBROS DE ESTA JUNTA DE REVISION NO FUERON, Y NO TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE TRABAJAR EL CASO, O LA RESPONSABILIDAD DE IMPARTIR SERVICIOS HA LOS PADRES O EL NIÑO.

Nombre/Posición

Nombre/Posición

Nombre/Posición

FECHA ____ / ____ / ____

Presidente, Panel Administrativo de Revisión